

Practicing physicians should adhere to the standard treatment practices, as antibiotic use in viral aetiology is ineffective, and encourages the persistence development of resistance. A comprehensive development of national antibiotic stewardship program is recommended to ensure organised and regulated control of antibiotic use in Malaysia.

## HEALTH CARE USE & POLICY STUDIES – Equity and Access

### PHP12

#### PESQUISA NACIONAL DE ACESSO A MEDICAMENTOS NO BRASIL - PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Alvares J<sup>1</sup>, Almeida AM<sup>2</sup>, Araujo VE<sup>1</sup>, Ascef BO<sup>1</sup>, Costa KS<sup>3</sup>, Costa EA<sup>4</sup>, Soeiro OM<sup>5</sup>, Leite SN<sup>6</sup>, Karnikowski MG<sup>6</sup>, Guibu IA<sup>7</sup>, Acurcio Fd<sup>1</sup>, Guerra-Júnior AA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>College of Pharmacy, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil, <sup>2</sup>College of Medical Sciences of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil, <sup>3</sup>Ministério da Saúde - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Brasília, Brazil, <sup>4</sup>Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brazil, <sup>5</sup>Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brazil, <sup>6</sup>Universidade de Brasília, Brasília, Brazil, <sup>7</sup>Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, Brazil

**OBJETIVOS:** Acesso a Medicamentos (AAM) no Brasil é um componente-chave na viabilização e na mensuração do desempenho dos sistemas de saúde. O objetivo desse estudo foi avaliar o acesso a medicamentos no âmbito da Atenção Básica do SUS na perspectiva do usuário. **MÉTODOS:** Este estudo faz parte da Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos (PNAUM). É um estudo transversal realizado por meio de entrevistas com questionário semi-estruturado em 7992 usuários de 1239 serviços, localizados em 293 municípios, distribuídos nas cinco regiões geo-políticas do Brasil. Foram coletadas informações sócio-demográficas, estilo de vida, acesso e utilização de medicamentos, e auto-avaliação do nível geral de saúde. O AAM foi avaliado considerando a frequência da obtenção de medicamentos nos últimos três meses pelas seguintes categorias de resposta: Acesso Total (sempre/parcialmente), Acesso Parcial (às vezes/raramente) e Sem Acesso (nunca). Para avaliar a associação entre as variáveis e AAM foi utilizado teste qui-quadrado com significância  $p < 0,05$ . **RESULTADOS:** No geral, nos últimos três meses, apenas 4,8% dos usuários entrevistados declararam não ter tido AAM no Brasil, 30,3% declararam acesso parcial e 64,9% acesso total. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as regiões ( $P < 0,05$ ), com regiões Norte e Centro Oeste apresentando menores taxas de acesso. As variáveis sexo, faixa etária, cor/raça e escolaridade apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação ao acesso ( $P < 0,05$ ), com maiores taxas de AAM observadas entre indivíduos do sexo feminino, faixa etária > 60 anos, raça branca/parda e escolaridade fundamental incompleto. **CONCLUSÕES:** Apesar do AAM no Brasil ter sido considerado alto, foram observadas discrepâncias regionais, demonstrando iniquidade na distribuição do acesso. Além disso, fatores sócio-demográficos foram relacionados à frequência de obtenção de medicamentos. Com isso, os princípios do SUS fundamentado na prestação de assistência universal, equânime e resolutiva à população adstrita, podem estar comprometidos pela dificuldade de acesso aos medicamentos.

### PHP13

#### ACCESS TO HEALTHCARE AMONG INTERNATIONAL IMMIGRANTS IN CHILE: REPEATED CROSS-SECTIONAL ANALYSIS OF CASEN SURVEY 2006-2009-2011

Cabieses B, Delgado I, Bernaldes M, Obach A

Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

**OBJECTIVES:** This population-based study explores healthcare provision entitlement by immigrants in Chile and compare them to the Chilean-born in 2006-2009-2011. **METHODS:** We used the nationally representative CASEN surveys 2006, 2009 and 2011 (sample sizes between 70,000-90,000 households). We estimated weighted multinomial regressions to explore the association between healthcare entitlement (multinomial= public/private/other/none) and migration status (binary= Chilean-born/immigrants), crude and adjusted by demographics (age, sex, urban/rural, marital status, ethnicity) and socioeconomic status (education, household income, type of occupation). **RESULTS:** There is a modest increase in immigrants in Chile between 2006 and 2011, from around 1% to around 2% of total population. Compared to “public” provision entitlement (Fonasa, reference), immigrants are more likely to report “private” (Isapre; adjusted OR=1.97,  $p < 0.01$ ), “other” (adjusted OR=1.52,  $p < 0.01$ ) and “none” (adjusted OR=5.30,  $p < 0.01$ ), even after controlling for demographics. However, there are changes based on the year of the survey, immigrant respondents from 2009 and 2011 are less likely to report “other” and “none” compared to 2006. There are also significant differences by country of origin (“private” healthcare more often reported by Argentinians and Spanish; “other” more reported by Bolivian and other non-Latin Americans; “none” more reported by Colombians and other Latin Americans), even after adjusting by socio-demographics and year of the survey. **CONCLUSIONS:** There are great variations in healthcare provision entitlement among immigrants in Chile, which are largely based on the country of origin, even after controlling for several socio-demographics. These differences need better understanding in Chile for effective improvement of population access and use of healthcare.

### PHP14

#### DETERMINANTES Y BARRERAS SOCIOECONÓMICAS DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS REGIONES DE COLOMBIA

Alvis-Zakzuk JS<sup>1</sup>, Herrera Rodríguez M<sup>1</sup>, Gómez - De la Rosa F<sup>1</sup>, Alvis-Guzman N<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Cartagena. Centro de Investigación y Docencia. Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, Cartagena de Indias, Colombia, <sup>2</sup>Universidad de Cartagena, Centro de Investigación y Docencia, Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, Cartagena de Indias, Colombia

**OBJECTIVOS:** Establecer los determinantes y barreras socioeconómicas del acceso a los servicios de salud en las diferentes regiones de Colombia, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. **METODOLOGÍAS:** Para la clasi-

ficación de las barreras al acceso a los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en las regiones colombianas, se tomó como apoyo lo planteado por (Aday & Anderson, 1974), (Andersen, 1995) y la metodología utilizada por (Restrepo, et al., 2006). Con el fin de estimar los determinantes del acceso a los servicios del SGSSS en la región Caribe, se elaboró un modelo logit con variable dependiente: Acceso a los servicios de salud del Sistema de Salud e independientes, sexo, estado civil, afiliación, educación, vivienda propia, área de residencia y edad. **RESULTADOS:** La afiliación a un régimen de salud del SGSSS y la edad fueron los determinantes más importantes para explicar el acceso. Las principales barreras de acceso a los servicios ofrecidos por el Sistema de Salud, fueron la percepción de que su problema no era grave (36.31%), el costo del servicio de salud (10.65%), el costo del transporte (7.26%) y la no afiliación a la seguridad social de la población (7.23%). En Colombia, la principal razón por la que la población no acudió al SGSSS pese a tener un problema sanitario, fue la percepción de que su problema de salud no era grave (40%). Seguida de la percepción de que el servicio era de baja calidad (10.3%). **CONCLUSIONES:** Los resultados obtenidos en este trabajo, apoyan la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud. En las regiones que por tradición han sido prósperas y desarrolladas, la población enfrenta menos problemas para acceder a los distintos servicios de salud ofrecidos en el SGSSS.

### PHP15

#### EQUITY IN ACCESS TO HIGH COST DRUGS IN URUGUAY

Gonzalez-Vacarezza N<sup>1</sup>, Poggi M<sup>2</sup>, Arroyo G<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Roche International, Montevideo, Uruguay, <sup>2</sup>Universidad de Montevideo, Montevideo, Uruguay,

<sup>3</sup>Clinical Research Unit CASMU-IAMPP, Montevideo, Uruguay

**OBJECTIVES:** The aim of this study was to determine the equity in access to high cost drugs reimbursed by the National Health System of Uruguay, between users in different geographical areas and different health organizations. Also, were determined the causes of access inequities. **METHODS:** Levels of access were determined for three cancer drugs by crossing epidemiological data and reimbursement data. Causes of inequities were determined and weighted by two instances of interview with clinical experts. **RESULTS:** Access of patients with metastatic colorectal cancer to the treatment with bevacizumab, is similar between different regions. However, the access of patients who are assisted in the public sector is lower compared to private sector. In the case of rituximab for the treatment of non-Hodgkin lymphoma and trastuzumab for advanced HER2+ breast cancer, the results seem to show less access for patients residing outside the south region compared to those living in the south region. Similarly, patients who are assisted in the public sector appear to have less access to treatment compared to patients assisted in the private sector. The main access barriers for patients living outside southern region are pathological anatomy studies, imaging and other clinical analysis necessities to get the reimbursement of this drugs. Furthermore, patients of the public sector have a late diagnosis, then reducing access to treatments. **CONCLUSIONS:** Equitable access to high cost drugs covered by the National Health System remains an area that requires the definition of actions to address this issue. In this sense, is necessary to adapt the processes and requirements according to the characteristics of different populations and capabilities of specific institutions, including the revision of the reimbursement model for high cost drugs in Uruguay.

### PHP16

#### GASTO DE BOLSILLO Y GASTO CATASTRÓFICO EN SALUD EN HOGARES DE CARTAGENA DE INDIAS, COLOMBIA

Alvis-Zakzuk JS<sup>1</sup>, Marrugo Arnedo C<sup>1</sup>, Alvis-Zakzuk NJ<sup>1</sup>, Gómez - De la Rosa F<sup>1</sup>,

Alvis-Guzman N<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Cartagena. Centro de Investigación y Docencia, Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, Cartagena de Indias, Colombia, <sup>2</sup>Universidad de Cartagena, Centro de Investigación y Docencia, Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, Cartagena de Indias, Colombia

**OBJECTIVOS:** Estimar el gasto de bolsillo y la probabilidad de gasto catastrófico de los hogares y sus determinantes socioeconómicos en Cartagena de Indias, Colombia. **METODOLOGÍAS:** Estudio transversal en una muestra poblacional estratificada aleatoria de hogares de Cartagena (principal destino turístico colombiano). Se elaboraron dos modelos de regresión múltiple cuyas variables dependientes fueron gasto de bolsillo y probabilidad de gasto catastrófico en salud de los hogares, con el fin de establecer los determinantes socioeconómicos de mayor incidencia. Las definiciones de gasto de bolsillo y catastrófico fueron tomadas de la OMS. Los datos fueron procesados en Stata 12.1® y presentados en pesos colombianos (COP) y dólares americanos (US\$) de 2014. **RESULTADOS:** El gasto de bolsillo promedio anual en hogares pobres fue 1.566.036 COP (US\$783) (IC95% 1.117.597 – 2.014.475); en los hogares de estrato medio 2.492.928 COP (US\$1246) (IC95% 1.695.845 - 3.290.011) y en hogares ricos 4.577.172 COP (US\$2288) (IC95% 1.838.222 - 7.316.122). Como proporción del ingreso, el gasto de bolsillo en salud fue de 14,6%, en los hogares pobres, de 8,2% en los hogares de estrato medio y de 7% en los hogares ricos. La probabilidad de gasto catastrófico en salud de los hogares pobres fue de 30,6% (IC95% 25,6% a 35,5%), de los de estrato medio del 10,2% (IC95% 4,5% a 15,9%) y de los hogares de estrato alto del 8,6% (IC95% 1,8% a 23%). El estrato socioeconómico, la educación y la ocupación fueron los principales determinantes del gasto de bolsillo en salud y de la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico en salud. **CONCLUSIONES:** En el sistema de salud colombiano persisten desigualdades en la protección financiera de los hogares contra el gasto de bolsillo y la probabilidad de gasto catastrófico. El presente estudio genera evidencia para revisar la política de protección social de los hogares socioeconómicamente más vulnerables.

### PHP17

#### LA CANASTA BASICA DE MEDICAMENTOS COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR EL ACCESO Y COSTO DE LOS MEDICAMENTOS EN PANAMA

Conte E<sup>1</sup>, Gómez B<sup>1</sup>, Barahona D<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Panama, Panama, <sup>2</sup>Autoridad de de Protección al Consumidor y Libre Competencia, Panama, Panama